ＮＴＴ東日本関東病院医療安全管理指針

制　　定　　日：平成１６年9月
制　定　責　任　者：医療安全管理室
保　管　責　任　者：医療安全管理室
最　新　改　訂　日：平成２２年6月
見直し・改訂予定日：平成２３年6月
見直し・改訂責任者：医療安全管理室
改訂時周知責任者：医療安全管理室

１　総則

１－１　基本理念

私たちは患者の安全こそ最優先の事項と位置づけ、常にそのことに柔軟に対応するため、相互信頼と学習・報告の文化を共有し、自己・組織の向上に努めるものである。

１－２　組織および体制

本院における医療安全管理を推進するために、本指針では以下の組織および体制について述べる。

（１）　組織
（２）　報告体制
（３）　突発事例対応
（４）　通常事例対応
（５）　施策立案
（６）　周知確認
（７）　施策等の見直し
（８）　研修
（９）　閲覧

２　組織

２－１　組織の概要

本院の医療安全管理を推進する組織として、医療安全管理委員会、医療安全管理室、リスクマネジャー会議、部署リスク管理部会をおく。

２－２　医療安全管理委員会

２－２－１ 構成

（１） 医療安全管理委員会の構成は以下のとおりとし、院長が任命する。

① 副院長（委員長）
② 医療安全管理室長（副委員長）
③ 看護部長
④ 病理診断部長
⑤ 連携診療科主任医長
⑥ 事務長
⑦ 薬剤部長
⑧ 専任医療安全管理担当者
⑨ 医療安全管理担当副看護部長
⑩ 総務担当課長
⑪ 医事企画担当課長
⑫ 医療連携担当課長

（２） 委員の氏名および役職は本院掲示等の方法により公表し、本院の職員および患者等の来院者に告知する。

（３） 委員長に事故ある時は、副委員長がその職務を代行する。

（４） 委員会の会議には、必要に応じて病院長が同席する。

２－２－２　任務

医療安全管理委員会は、本院における医療安全管理対策を包括的な立場から監督する。次の各号に掲げる事項を所掌する。

１　医療事故等突発事例の経過の確認および対策の検討
２　医療安全管理に関する報告、通常事例対応報告等の受理、報告・対応体制の監督
３　医療安全管理施策立案、施策周知、施策見直し、研修、閲覧に関する監督
４　医療安全管理施策に関する院内各組織との調整
５　その他、医療安全管理に関する事項

２－２－３　委員会の開催および活動の記録

（１）　委員会は原則として月１回定例会議を開催するほか、委員の要請に応じて臨時会議を開催する。

（２）　委員会は委員長が招集し、議題等付議すべき事項は委員にあらかじめ通知する。

（３）　委員会を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事録を事務局が作成し、２０年間これを保管する。

（４）　委員長は委員会における議事の内容および活動の状況について病院長に報告する。

（５）　医療安全管理委員会の事務局は、医療連携担当とする。

２－３ 医療安全管理室

２－３－１ 構成

（１） 医療安全管理室の構成は以下のとおりとし、院長が任命する。

① 医療安全管理室長（兼務）

② 専任医療安全管理担当者（専従室員）

③ 兼任室員：若干名

④ クラーク（専従室員）

（２） 医療安全管理室長、室員の氏名および役職は、本院掲示等の方法により公表し、本院の職員および患者等の来院者に告知する。

（３） 医療安全管理室長に事故ある時は、専任医療安全管理担当者がその職務を代行する。

２－３－２　任務

医療安全管理室は本院における医療安全管理対策の実務的運営を担当する。次の各号に掲げる事項を所掌する。

１　　医療事故等突発事例の経過報告書の作成および対策の検討

２　　医療安全管理に関する報告の受理、対応レベルの査定

３　　発生事例がインシデントに相当するかの判断

４　　通常対応についての連絡、対応状況の確認、マニュアル不履行反復事例への指導

５　　医療安全管理施策立案

６　　施策立案のための他組織への依頼、検討ワーキンググループの組織

７　　施策立案のための助言、援助

８　　施策の周知、施策の見直し、研修、閲覧の各業務に関わる運営

９　　医療安全管理施策に関する、本院各組織との連携

１０　日本医療機能評価機構患者案全部患者安全推進協議会との連絡窓口

１１　患者等への本院の医療安全管理体制に関する情報の提供

１２　医療安全管理関連資料の管理

１３　その他、医療安全管理に関する事項

上記の任務のうち、２、４、５、６は医療安全管理室として遂行するが、その他の事項に関しては、専任医療安全管理担当者を中心に遂行することとする。

２－３－３　会議の開催および活動の記録

（１） 医療安全管理室は原則として週１回定例会議を開催するほか、室員の要請に応じて臨時会議を開催する。

（２） 医療安全管理室会議は室長が招集する。

（３） 医療安全管理室は会議を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事録を事務局が作成し、５年間これを保管する。
（４） 医療安全管理室長は会議における議事の内容および活動の状況について、病院長に報告する。
（５） 医療安全管理室で行なう会議の事務局は、医療安全管理室担当クラークとする。

２－４　リスクマネジャー会議

２－４－１　構成

（１） リスクマネジャー会議は各部署のリスクマネジャーで構成し、院長が任命する。
（２） リスクマネジャー会議議長は専任医療安全管理担当者がこれを勤める。リスクマネジャー会議副議長は医療安全管理室長とする。
（３） 議長に事故ある時は、副議長がその職務を代行する。
（４） リスクマネジャーの氏名および役職は本院掲示等の方法により公表し、本院の職員および患者等の来院者に告知する。

２－４－２　任務

リスクマネジャー会議は本院における医療安全管理対策の実務的検討を行い、次の各号に掲げる事項を所掌する。

１　医療事故等突発事例の情報の共有
２　警鐘事例等の情報の共有
３　医療安全管理施策原案、施策の周知、施策の見直し、研修、閲覧に関する実務的検討
４　院内共通医療安全管理施策の見直し
５　その他、医療安全管理に関する事項

２－４－３　会議の開催および活動の記録

（１） リスクマネジャー会議は原則として月１回定例会議を開催するほか、委員の要請に基づいて臨時会議を開催する。
（２） リスクマネジャー会議は議長が招集し、議題等付議すべき事項は委員にあらかじめ通知する。
（３） リスクマネジャー会議を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事録を事務局が作成し、５年間これを保管する。
（４） リスクマネジャー会議議長は、会議における議事の内容および活動の状況について、病院長に報告する。
（５） リスクマネジャー会議の事務局は、医療安全管理室とする。

２－５　部署リスク管理部会

２－５－１　構成

（１）　本院の各部署に部署リスク管理部会をおく。

（２）　部署リスク管理部会は、各部署での診療業務に携わる部門のリスクマネジャーによって構成される。

（３）　各部門のリスクマネジャーは、部門の管理責任者が任命し、医療安全管理室に届け出る。

２－５－２　任務

部署リスク管理部会は、本院における医療安全管理対策の各部署における対応を行う。次の各号に掲げる事項を所掌する。

１　通常事例に対する対応
２　院内施策の部署への周知
３　院内施策に関する部署特例の検討および申請
４　年度ごとのマニュアル再周知の確認
５　年度ごとの部署マニュアルの見直し
６　インシデント、マニュアルの不履行に関する部署統計の作成
７　その他、医療安全管理に関する事項

各部門のリスクマネジャーは、本院における医療安全管理対策の各部門における対応を行い、次の各号に掲げる事項を行う。

１　インシデントレポートの初期査定
２　インシデントにおける業務マニュアル不履行の確認
３　インシデントに対する個人指導
４　インシデントに対する部署確認
５　院内マニュアル、ガイドライン、施策に関するスタッフの質問への対応
６　その他、医療安全管理に関する事項

２－５－３　会議の開催および活動の記録

（１）　部署リスク管理部会は、医療安全管理室の指示があったとき、または部会を構成するリスクマネジャーのいずれかより開催の希望が表明された時、会議を開催する。

（２）　部署リスク管理部会は、互選により書記を選出する。

（３）　書記は、会議を開催したときは、速やかに検討の要点をまとめた議事録を作成する。

（４）　書記は、作成した議事録を、医療安全管理室に送付する。

（５） 医療安全管理室は、部署リスク管理部会の議事録を、５年間保管する。

2－6　医薬品安全管理責任者

2－6－1 医薬品安全管理責任者の任務

医薬品に関する十分な知識を有する薬剤師等を医薬品安全管理責任者として任命し、医療安全管理室、医療安全管理委員会等と連携して実施体制を確保する。次の各号に掲げる事項を所掌する。

１　医薬品の安全使用のための業務に関する手順書を作成し、管理する。
2.　職員に対する医薬品の安全使用のための研修を実施し、記録する。
3.　医薬品の業務手順書に基づく状況を確認し記録する。
4.　医薬品の安全使用のために必要となる情報の収集、
その他の医薬品の安全確保を目的とした改善のための方策を実施する。

2－7 医療機器安全管理責任者

2－7－1 医療機器安全管理責任者の任務

医療機器に関する十分な知識を有する職員を医療機器安全管理責任者として任命し、医療安全管理室、医療安全管理委員会等との連携の下、実施体制を確保する。次の各号に掲げる事項を所掌する。

1　職員に対し、新しい医療機器を使用する際や安全操作の教育が必要な医療機器に関する研修を定期的に実施し記録する。
2　医療機器の保守点検に関する計画の策定及び保守点検を適切に実施し記録する。
3　医療機器の添付文書、取扱説明書等の医療機器の安全使用・保守点検に関する情報整理と管理を行う。
4　医療機器の不具合情報や安全性情報等を製造販売業者等から一元収集し、得られた情報を医療機器取扱者に適切に提供する。
5　管理している医療機器の不具合や健康被害等に関する内外の情報収集を関係法令に留意し、病院長に報告する。

３　報告体制

３－１　種類

医療安全管理に関する報告体制は、突発事例報告、インシデントレポート、患者相談窓口および総務担当への訴えからの連絡に分類される。

３－２　突発事例報告

３－２－１　定義

以下に該当する事例を「突発事例」と定義する。

（１）　医療過誤の可能性のある事例
（２）　病院に経済的損失を与える恐れのある事例
（３）　マスコミに扱われる恐れのある事例
（４）　訴訟等の可能性のある事例
（５）　警察にかかわる恐れのある事例
（６）　異状死

３－２－２　突発事例報告
（１）　突発事例が発生した場合、病院職員、委託会社社員はただちに（遅くとも２４時間以内）部署管理責任者（部長、看護長、センター長、技師長など）に報告する。
（２）　部署管理責任者はただちに院長、副院長、看護部長、事務長などに報告する。
（３）　病院職員、委託会社社員が、部署管理責任者に報告できない場合は、直接院長、副院長、看護部長、事務長などに報告する。夜間は夜間管理看護長に連絡する。
（４）　初動報告は非常に緊急な場合は口頭で可とする。緊急でない状況ではインシデントレポートにて報告する。

３－３　インシデントレポート
３－３－１　定義
（１）　病院職員、委託会社社員が関わる業務において、通常の業務とは異なる不正規なできごとが発生したが、患者さん、ご家族に現実的な不利益が発生せず、かつ突発事例に該当しない事例をインシデントと定義する。
（２）　病院職員、委託会社社員は、インシデントに該当するか判断に迷う事例については、医療安全管理室に問い合わせることとする。
（３）　医療安全管理室は（２）の問い合わせが発生した場合、当該事例がインシデントと扱われるべきかについて判断を行う。

３－３－２　報告
（１）　インシデントが発生した場合、当該事例を体験、観察した職員は、別に定める方法に従いインシデントとして報告する。
（２）　インシデントレポートの報告方法はｋｈｉｓ-２１_Ｗｅｂに収納されている「電子化インシデントレポート操作マニュアル」に従う。

３－４　患者相談窓口
（１）　患者相談窓口責任者は、患者さんの相談が突発事例に該当する可能性があると判断した場合は、ただちに突発事例報告を行う。

（２）　患者相談窓口責任者は、患者さんの相談がインシデントに該当する可能性があると判断した場合は、インシデントレポートにて医療安全管理室に報告する。

３－５　運営企画部への訴え（投書・電話・メール等）

（１）投書・電話・メール等による患者さんの訴えへの対応を行う運営企画部職員は、患者さんの訴えが突発事例に該当する可能性があると判断した場合、ただちに突発事例報告を行う。

（２）投書・電話・メール等による患者さんの訴えへの対応を行う運営企画部職員は、患者さんの訴えがインシデントに該当する可能性があると判断した場合、インシデントレポートにて医療安全管理室に報告する。

４　突発事例対応

４－１　突発事例対応フロー

（１）院長、医療安全管理委員会は、突発事例報告を医療安全管理室に伝達する。

（２）医療安全管理室は突発事例発生状況を確認し、「診療経過報告書」を原則３日以内に作成し、医療安全管理委員会に報告する。

（３）医療安全管理委員会は診療経過報告書の提出を受け、必要があれば緊急で委員会を招集する。

（４）医療安全管理委員会にて事例を分析、検証し、精査を行なう。

（５）突発事例が「インシデント」「合併症」など、「事故ではない」と判定された場合は通常事例対応を行う。

（６）突発事例が「事故」と判定された場合は、事故対応委員が管理責任者、医療安全管理室と共に事例への対応に当たる。

（７）事例への対応が終結したら事故対応委員は「対応報告書」を作成し、院長、医療安全管理委員会に提出する。

４－２　事故対応委員

４－２－１　委員

医療安全管理委員長、医療安全管理室長、リスク管理部門副看護部長、総合相談室長、専任医療安全管理担当者、総務担当課長、医療連携室担当課長、医事企画担当課長を事故対応委員とする。

４－２－２　事故対応委員の任務

（１）事故対応委員の中から主担当者を選任する。

（２）主担当者は当該部署の管理責任者、医療安全管理室と共に、患者さん、ご家族への対応に当たる。

（３）　主担当者は対応スケジュール、対応状況について事故対応委員全体、当該部署の管理責任者、医療安全管理室に周知する。
（４）　マスコミなど外部機関への対応が必要な場合は、事故対応委員がこれに当たる。（外部機関への窓口対応は、総務担当の所管とする）

４－２－３　当該部署の管理責任者の任務
（１）　当該部署の管理責任者は、臨床上の過誤について患者さん、ご家族に説明、謝罪する。
（２）　患者さん、ご家族が医療費の免除など、説明、謝罪以外の対応を求められる場合は、事故対応委員に内容を伝え対応を委託する。

４－２－４　医療費の免除など
（１）　医療過誤に基づく医療費支払いの免除については「診療経過報告書」、「事故対応委員からの対応状況報告」、医療連携室担当課長、医事企画担当課長、事務長などの見解に基づき院長が決定する。
（２）　医療連携室担当課長は、（１）の決定を事故対応委員、医療安全管理室および管理責任者に伝達する。
（３）　患者さん、ご家族より損害賠償の要求、マスコミ等外部機関への通報、訴訟の意図等の表明があった場合は総務担当課長が対応に当たる。

４－２－５　医療訴訟への対応
事故の有無に関わらず医療訴訟となった場合には、医療連携室担当課長および医療安全管理室が中心となり、本社法務担当とともに対応に当たる。

４－２－６　関与した病院職員、委託会社社員への心理的なケア
看護部リスク管理委員長および精神神経科臨床心理士が、事例に関与した病院職員、委託会社社員の心理的なケアに当たる。

５　通常事例対応
５－１　インシデント重篤度
５－１－１　重篤度の査定
「起った障害」「検知段階」「患者側要因」に基づいて、インシデント重篤度を査定する。

５－１－２　起った障害
起った障害を、

（１）　死亡
　　　３０点
（２）　持続的な重篤な障害
　　　２０点
（３）　持続的な軽度な障害
　　　１０点
（４）　一過性の障害
　　　　１点
（５）　エラーがなくインシデントに該当しない
　　　　０点　と査定する。

５－１－３　検知段階

インシデント検知段階を、
（１）　エラーが実際に発生した
　　　　４点
（２）（１）と（３）の中間（例：誤ったオーダに基づく物などの動きがあった、など）
　　　　２点
（３）　オーダの段階で検知され、物などの動きはなかった
　　　　１点
（４）　エラーがなくインシデントに該当しない
　　　　０点　と査定する。

５－１－４　患者側要因

患者さんの個人的要因の、インシデントへの関与を
（１）患者側要因の関与はない
　　　　４点
（２）患者側要因が軽度に関与する
　　　　２点
（３）患者側要因が高度に関与する
　　　　１点
（４）エラーがなくインシデントに該当しない
　　　　０点　と査定する。

５－１－５　重篤度の区分

「起った障害」「検知段階」「患者側要因」の合計点により、インシデントの重篤度を以下のように区分する。

（１）０点　　　　　　　エラーなし
（２）１～１０点　　　　軽度
（３）１１～２０点　　　中度
（４）２１～３０点　　　重度
（５）３１点以上　　　　最重度

５－２　マニュアル・ガイドラインの不履行
インシデントの発生にマニュアル・ガイドラインの不履行が関与している場合は、履行されなかったマニュアル・ガイドライン名を記録する。

５－３対応レベル
５－３－１　対応レベルの区分
通常事例対応を、①エラーなし、②報告レポート、③個人指導、④部署確認、⑤事例分析、⑥その他に区分する。

５－３－２　エラーなし
エラーがなく、インシデントに該当しない場合、「エラーなし」と区分する。

５－３－３　報告レポート
報告者以外の他スタッフがエラーを起こしたインシデントである場合、「報告レポート」と区分し、当事者スタッフにインシデントレポートの提出を要請する。

５－３－４ 個人指導
「個人指導」は次の用件を満たすインシデントに対して行われる。
（１）インシデントが軽度である
（２）該当業務のマニュアルが既に作成、周知されている
（３）類似したインシデントは、該当の部署でまれにしか（おおむね、半年に１件以下）発生していない。

「個人指導」は次の内容で行われる。
（１）当該年度に該当業務のマニュアル不履行が１，２回目：リスクマネジャーによる該当個人への注意喚起および該当業務マニュアルを読み直したことの医療安全管理室への報告。
（２）当該年度に該当業務のマニュアル不履行が３，４回目：管理責任者による該当個人への注意喚起および該当業務マニュアルを読み直したことの医療安全管理室への報告。
（３）当該年度に該当業務のマニュアル不履行が５，６回目：医療安全管理室による注意、

および本院医療安全管理施策を理解していることの確認。
（４）当該年度に該当業務のマニュアル不履行が７回目以上：医療安全管理室による注意、および本院医療安全管理施策を理解していることの確認、および医療安全管理委員会への報告。

５－３－５　部署確認
「部署確認」は、次の用件を満たすインシデントに対して行われる。
（１）インシデントが軽度または中度である
（２）該当業務のマニュアルが既に作成、周知されている
（３）類似したインシデントは、該当の部署で比較的頻繁に（おおむね、半年に１件を越える）発生している。

「部署確認」は次の内容で行われる
（１）当該年度に該当部署において、該当業務のマニュアル不履行の回数が１～１０回目：リスクマネジャーによる部署での注意喚起および注意喚起に関する医療安全管理室への報告。
（２）当該年度に該当部署において、該当業務のマニュアル不履行の回数が１１～２０回目：医療安全管理室が該当部署のリスクマネジャー、管理責任者に、体系的な対応策の立案を指示する。
（３）当該年度に該当部署において、該当業務のマニュアル不履行の回数が２１回目以上：医療安全管理室が該当部署における、体系的な対応策の立案について検討する。

５―３―６　事例分析
「事例分析」は次の用件のいずれかを満たすインシデントに対して行われる。
（１）　「エラーなし」「報告レポート」「個人指導」「部署確認」以外の対応を必要とする。
（２）　経過が明らかでない。
（３）　該当業務についてマニュアル、ガイドラインが十分に対応していない可能性がある。

５－３－７　その他の対応
５－３－２から５－３－６のいずれにも該当しないインシデントへの対応は、「その他」に区分される。これには以下のような対応が含まれる。
（１）　部署マニュアルの作成、改訂
（２）　院内施策立案
（３）　本院の他の委員会、診療科等への対応の依頼
（４）　（重篤度が高くインシデントの場合）突発事例に準じた扱い
（５）　その他

５－４　査定

５－４－１　初期査定

リスクマネジャーは部署のスタッフが作成したインシデントレポートについて「起った障害」「検知段階」「患者側要因」に基づき、インシデント重篤度を査定し、マニュアル・ガイドラインの不履行が関与した場合は、履行されなかったマニュアル・ガイドライン名を記載する。

５－４－２　査定確定・対応通知

医療安全管理室は報告されたインシデントレポートについて、「起った障害」「検知段階」「患者側要因」に基づきインシデント重篤度を確定し、マニュアル・ガイドラインの不履行が関与した場合は、履行されなかったマニュアル・ガイドライン名を確認し、対応についてリスクマネジャーに通知する。

５－４－３　対応確認

医療安全管理室はインシデントレポートについて記録を作成し、通知した対応が行われたかどうかを確認する。対応が行われていない事例については、通知を再送する。

５－５　不利益処分の禁止

通常対応に関するインシデントレポートを提出した職員に対し、当該報告を提出したことを理由とした不利益処分は行われないこととする。

６　施策立案

６－１　部署マニュアルおよびガイドラインの策定

６－１－１　原案作成

部署で使用するマニュアルおよびガイドラインについては、部署リスク管理部会が原案を決定する。原案には作成日、作成責任者、保管責任者、見直し・改訂予定日、見直し・改訂責任者、周知責任者を明記する。原案作成の詳細な手順は別に定める。

６－１－２　原案検討

医療安全管理室は部署リスク管理部会から送付された原案について検討し、改善するべき点があれば連絡する。

６－１－３　諮問

医療安全管理室は原案について問題がなければ、リスクマネジャー会議に諮問する。

６－１－４　決定
リスクマネジャー会議は原案について検討し、改善するべき点があれば指摘する。改善するべき点がなければ採用を決定する。

６－１－５　決定の通知
医療安全管理室はリスクマネジャー会議の採用決定について、部署リスク管理部会に通知する。

６－１－６　周知
周知責任者が部署スタッフへの周知を行う。

６－２　院内共通マニュアルおよびガイドラインの策定
６－２－１　原案作成
本院において、複数の部署にまたがって使用されるマニュアルおよびガイドラインについては、医療安全管理室または医療安全管理室が業務を依頼したワーキンググループが原案を決定する。原案には作成日、作成責任者、保管責任者、見直し・改訂予定日、見直し・改訂責任者、周知責任者を明記する。
６－２－２　原案検討
医療安全管理室はワーキンググループから提出された原案について検討し、改善するべき点があれば連絡する。

６－２－３　諮問
医療安全管理室は原案について問題がなければ、リスクマネジャー会議に諮問する。

６－２－４　実務的検討
リスクマネジャー会議は諮問された原案について実務的に検討し、改善するべき点があれば指摘する。改善するべき点がなければ採用について医療安全管理委員会へ諮問する。

６－２－５　包括的検討
医療安全管理委員会はリスクマネジャー会議から諮問された案について包括的な検討を行う。改善するべき点があれば指摘する。改善するべき点がなければ、院内共通施策としての採用を決定する。

６－２－６　周知
院内共通施策として採用された事案は部長会議、看護長会議、院内週報等を通じて、周知

責任者が本院スタッフへの周知を行う。重要性が高い施策の場合はリスクマネジャーによる周知の確認を行う。

６－３　例外手続き
緊急に施策を定める必要がある場合等、医療安全管理委員会が必要と認めた場合には、６－１、６－２によらない手続きで、マニュアルおよびガイドラインを定める場合がある。

７　周知の確認
７－１　周知の原則
本院において常勤、非常勤勤務しているスタッフは、すべて院内共通マニュアルおよびガイドライン、診療業務に従事する部署のマニュアルおよびガイドラインについて、理解、精通した上で、診療業務に従事するものとする。

７－２　部署マニュアルおよびガイドライン
７－２－１　常用マニュアルおよびガイドライン
頻繁に使用され、スタッフが内容に精通しておくべき部署マニュアルおよびガイドラインについては、部署リスク管理部会がリストを作成、改訂する。
７－２－２　参照マニュアルおよびガイドライン
ときに使用され、スタッフが必要時に参照するべきマニュアルおよびガイドラインについては、部署リスク管理部会がリストを作成、改訂する。

７－３　院内共通マニュアルおよびガイドライン
７－３－１　常用マニュアルおよびガイドライン
頻繁に使用され、スタッフが内容に精通しておくべき院内共通マニュアルおよびガイドラインについては、医療安全管理室がリストを作成、改訂する。

７－３－２　参照マニュアルおよびガイドライン
ときに使用され、スタッフが必要時に参照するべき院内共通マニュアルおよびガイドラインについては、医療安全管理室がリストを作成、改訂する。

７－４　スタッフへの周知
７－４－１　常用マニュアルおよびガイドライン
スタッフは常用マニュアルおよびガイドラインについては、内容について精通した後、本院における診療業務に従事することとする。

７－４－２　参照マニュアルおよびガイドライン
スタッフは本指針、参照マニュアルおよびガイドラインについては、項目について理解し、必要時には参照しながら、本院における診療業務に従事することとする。

７－５　リスクマネジャーへの周知
７－５－１　常用マニュアルおよびガイドライン
リスクマネジャーは本指針、常用マニュアルおよびガイドラインについて、内容について精通し、スタッフから質問があれば、正確な回答ができることとする。

７－５－２　参照マニュアルおよびガイドライン
リスクマネジャーは参照マニュアルおよびガイドラインについて、項目について精通し、スタッフから質問があれば、正確な回答ができることとする。

７－５－３　マニュアルの保管・管理
医療安全に関わる全てのマニュアルは医療安全管理室が責任を持って保管する。マニュアルに改訂等があった場合は保管しているマニュアルを最新版と置き換え、医療安全管理室が管理する。また全てのマニュアルはｋｈｉｓ-２１_Ｗｅｂで閲覧できるよう医療安全管理室が整備する。

７－６　チェック
部署リスクマネジャーは当該部署に勤務している職員への周知を確認するためのチェックリストを作成し、マニュアル及びガイドラインが周知されていることを、医療安全管理室に報告することとする。

７－６－１　新入スタッフ
本院においてスタッフが新たに業務に従事する際には、リスクマネジャーは該当のスタッフに対して、７－４の周知がされていることを確認する。

７－６－２　年間確認
リスクマネジャーは「マニュアル、ガイドライン確認期間」において、過去１年間の改訂点について該当部署で勤務しているスタッフ全員に周知されていることをチェックし、医療安全管理室に報告する。

７－６－３　重要な院内共通施策
重要な院内共通施策が決定された際には、各部門のリスクマネジャーは、７－６－２と同様に、該当部署で勤務しているスタッフ全員に周知されていることをチェックし、医療安

全管理室に報告する。

８　施策等の見直し

８－１　年間見直しの原則

本院においては本指針、マニュアル、ガイドラインなど、医療安全管理に関する資料は年一回見直しを行い、必要に応じて改訂を行うこととする。

８－２　見直し・改訂責任者

本指針、マニュアル、ガイドラインなど、医療安全管理に関する資料は、資料に明記してある見直し・改訂責任者が、見直し、改訂を行うこととする。

８－３　見直し・改訂手順

見直し、改訂を行うための詳細な手順は、別に定める。

８－４　改訂後の周知

改訂後は周知責任者が周知を行う。

９　研修

９－１　医療安全管理室スタッフの研修

医療安全管理室のスタッフは、院外等で行われているセミナーを受講し、医療安全管理に関する、もっとも有効性の高い情報を本院に伝達する。

９－２　リスクマネジャーの研修

リスクマネジャーを対象として研修を行い、本院の医療安全管理に関わる、実務的検討、部署での医療安全管理対策における主導が円滑に進められるように図る。

９－３　一般職員の研修

本院においては本院全体または各部署を対象に、職員研修を適宜行う。

９－４　職員研修の義務

本院に勤務している職員は、必ず年に１回以上職員研修に出席することを義務づける。

９－５　出席の報告

本院全体または各部署を対象とした職員研修に際しては、自筆のサインによって出席を確認する。

１０閲覧

１０－１　閲覧資料

本指針、マニュアル、ガイドラインなど、医療安全管理を施行するための資料を患者等の来院者の閲覧に供する。個々の事例の報告、議事録等については、関係者のプライバシーが含まれることから、患者等の来院者の閲覧には供さない。

１０－２　閲覧窓口

患者等の来院者の閲覧については、医療安全管理室が対応する。

１１その他

１１－１　以前の規程等

本指針の策定に伴い、「ＮＴＴ東日本関東病院医療事故対策規程」「突発事例対応指針」は、発展的に統合されるものとする。

１１－２　本指針の見直し

本指針は、年一回見直しを行うものとする。